

本文引用:李银花,黄移生,龚玉林,陈敏.火针围刺加腹针治疗急性原发性痛风性关节炎患者的疗效及对UA、ESR含量的影响[J].湖南中医药大学学报,2018,38(6):687-691.

## 火针围刺加腹针治疗急性原发性痛风性关节炎患者的 疗效及对UA、ESR含量的影响

李银花,黄移生\*,龚玉林,陈敏

(鄂东医疗集团市中医医院针灸科,湖北黄石435000)

**[摘要] 目的** 探讨火针围刺加腹针治疗急性原发性痛风性关节炎患者的临床疗效及对尿酸(uric acid,UA)、红细胞沉降率(erythrocyte sedimentation rate,ESR)含量的影响。**方法** 选取我院2016年12月至2017年11月收治的90例急性原发性痛风性关节炎患者作为观察组(火针+腹针组),另选择同期180例急性原发性痛风性关节炎患者随机分为对火针组与腹针组作为对照,每组各90例。所有患者均进行基础治疗,观察组给予火针围刺+腹针治疗,火针组接受火针治疗,腹针组接受腹针治疗。比较3组临床疗效、治疗前后疼痛持续时间、关节疼痛评分、UA和ESR含量及主要临床症状(关节疼痛、红肿、压痛、活动受限)积分。**结果** 观察组治疗总有效率高于火针组与腹针组( $P<0.05$ );治疗后,3组患者疼痛持续时间、视觉模拟评分(visual analogue scale,VAS)、UA、ESR含量、主要临床症状积分较治疗前均显著下降,且观察组疼痛持续时间、VAS评分、UA和ESR含量、关节疼痛、红肿、压痛及总积分较火针组与腹针组均降低( $P<0.05$ )。**结论** 火针围刺加腹针治疗急性原发性痛风性关节炎具有较好的临床治疗效果,能有效降低血尿酸及血沉水平,减轻患者疼痛,改善其临床症状,值得推广。

**[关键词]** 火针围刺;腹针;急性原发性痛风性关节炎;临床疗效

**[中图分类号]**R245.31;R255.6 **[文献标志码]**A **[文章编号]**doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2018.06.017

### Effect of Fire Needle plus Abdominal Acupuncture on Patients with Acute Primary Gouty Arthritis and Its Effect on UA and ESR Content

LI Yinhu, HUANG Yisheng\*, GONG Yulin, CHEN Min

(Huangshi Infectious Disease Hospital, Huangshi, Hubei 435000, China)

**[Abstract] Objective** To investigate the clinical efficacy of fire needle and abdominal acupuncture in treating patients with acute primary gouty arthritis and their effects on the content of UA and ESR in patients. **Methods** A total of 90 patients with acute primary gouty arthritis treated in our hospital from December 2016 to November 2017 were selected as the observation group (fire needle plus abdominal acupuncture). In the same period, 180 patients with acute primary gouty arthritis were randomly divided into fire needle group and abdominal acupuncture group (control groups), with 90 cases in each group. All patients were treated with basic therapy. The observation group was received fire needle encircling acupuncture and abdominal acupuncture treatment. The fire needle group received fire needle treatment. The abdominal acupuncture was received abdominal acupuncture treatment. The clinical effects, pain relief and duration, joint pain score before and after treatment, UA, ESR content and clinical symptoms (arthralgia, swelling, pressing pain, activity limitation) between the three groups were compared. **Results** The total effective rate of treatment in the observation group was higher than that of the control groups ( $P<0.05$ ). After treatment, the pain duration, VAS scores, UA, ESR, clinical symptoms scores of the

**[收稿日期]**2018-01-16

**[基金项目]**湖北省科学技术厅研究项目(EK2015D130028001012)。

**[作者简介]**李银花,女,本科,主治医师,研究方向:痛证的针灸推拿防治。

**[通讯作者]**\*黄移生,男,主任医师,E-mail:1075543351@qq.com。

three groups decreased significantly. The pain duration, VAS score, UA, ESR, joint pain, redness, pressing pain, and total scores of the observation were significantly lower than those of the control groups ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The fire needling plus abdomen acupuncture are safe and effective in treating acute primary gouty arthritis, which can effectively reduce the level of serum uric acid and erythrocyte sedimentation rate, relieve the pain and improve the clinical symptoms and signs, and it is worth promoting.

[**Keywords**] fire needle; abdominal acupuncture; acute primary gouty arthritis; clinical effect

痛风主要是由于嘌呤代谢异常导致的一组慢性代谢性疾病,多发于中年男性,女性比较少见,仅占5%左右,且多为绝经后女性。近年来随人们生活水平和饮食结构变化,发病率逐年上升,且逐渐呈现年轻化趋势<sup>[1]</sup>。该病首发症状为急性原发性痛风性关节炎,多发于夜间,起病较急,若不能得到及时有效的治疗,易导致病情反复发作、迁延难愈或转移别处进而转化为慢性关节炎,对患者身体健康及生活质量产生严重影响<sup>[2-3]</sup>。目前,临床常采用的西医治疗原则为控制饮食、对症止痛、消炎,但效果并不理想<sup>[4]</sup>。中医学理论认为,痛风属“白虎历节病”“痹病”“痛痹”等范畴,治疗原则应以通络止痛、清热除湿为主<sup>[5]</sup>。有研究显示<sup>[6]</sup>,采用火针结合腹针治疗急性原发性痛风性关节炎可以获得较好的治疗效果,可有效降低并发症,缩短疗程。在中医证候中,急性原发性痛风性关节炎多为湿热瘀阻证,急性发作时,机体正气不足,内部产生湿热之邪,使经脉痹阻,不通则痛;而火针具有“引气”与“发散”作用,可以调畅气机,气行则血畅,正气充足,可将火热湿邪引出体外,达到行气活血、通经活络、清热祛湿的作用<sup>[7]</sup>。因此,笔者对本院收治的急性原发性痛风性关节炎患者进行研究,以探讨火针围刺加腹针治疗急性原发性痛风性关节炎患者的临床疗效以及对患者血尿酸(uric acid,UA)及血沉(erythrocyte sedimentation rate,ESR)含量的影响,为原发性痛风急性发作期治疗探求新型、安全、简便、有效的方法,并为火针围刺加腹针治疗该病提供科学的理论依据,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取我院2016年12月至2017年11月收治的90例急性原发性痛风性关节炎患者作为观察组,其中男性72例,女性18例,年龄31~56岁,平均44.76岁,病程0.6~4.1 d,平均2.51 d;受累关节分布:跖趾关节35例,膝关节18例,踝关节20例,腕关节7例,肘关节10例;另选择同期180例急性原发性痛风性关节炎患者随机分为火针组与腹针

组作为对照,每组各90例。其中火针组男性73例,女性17例,年龄33~55岁,平均45.13岁,病程0.5~4.7 d,平均2.62 d;受累关节分布:跖趾关节37例,膝关节15例,踝关节18例,腕关节8例,肘关节12例;腹针组男性70例,女性20例,年龄31~58岁,平均44.93岁,病程0.6~4.5 d,平均2.58 d;受累关节分布:跖趾关节36例,膝关节17例,踝关节21例,腕关节6例,肘关节10例。比较3组患者性别、年龄、病程、受累关节分布等资料差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 病例选择标准

1.2.1 纳入标准 (1)符合《2016中国痛风诊疗指南》中有关“急性原发性痛风性关节炎”诊断标准<sup>[8]</sup>;(2)自愿参与本次研究,并签署知情同意书;(3)经本院伦理委员会批准;(4)病情为急性发作,年龄31~58岁;(5)治疗前3个月未接受针灸、小针刀治疗,治疗前1个月未接受过激素类药物;(6)具有关节肿、痛、红、热等临床症状,体温低于38℃,经X线检查关节无痛风石。

1.2.2 排除标准 (1)继发性痛风患者;(2)风湿及类风湿性关节炎患者;(3)合并糖尿病、高血压患者;(4)单纯高尿酸血症而无临床症状者;(5)严重心、肝、肾等系统功能障碍、精神疾病及药物过敏者。

1.2.3 终止、剔除标准 (1)患者参与本研究期间必须服用其他药物进而影响研究观察者;(2)研究期间依从性差影响治疗效果者;(3)资料不全影响安全性判定者;(4)不能坚持治疗者。

1.2.4 病例脱落标准 (1)观察过程中无法随访和(或)要求退出者;(2)出现严重不良反应及并发症必须退出者。

### 1.3 治疗方法

所有患者均给予基础治疗,叮嘱患者多卧床休息,避免过度劳累;禁烟酒,饮食以低嘌呤为主,禁食动物内脏、海鲜、牛肉等;建议患者每日饮水量保证在2 000 mL以上,利于排尿降尿酸,慎用小剂量阿司匹林及利尿剂等对尿酸排泄有影响的药物。

1.3.1 观察组 给予火针围刺加腹针治疗。(1)取穴

①火针取穴:主穴取阿是穴(关节红肿处)、大椎、足三里、阴陵泉、委中。配穴:跖趾关节肿痛者加行间、大都、太冲;膝关节肿痛者加膝眼、血海、犊鼻、梁丘;踝关节肿痛者加昆仑、悬钟、太溪;腕关节肿痛者加阳溪、阳池、腕骨;肘关节肿痛者加尺泽及手三里;累及到掌指间关节者加外关。②腹针取穴:主穴取中脘、下脘、关元、气海、大横(患侧)、水分。配穴:踝痛、趾痛者患侧加下风湿下点及下风湿点;膝痛者患侧加下风湿点;肘痛者患侧加上风湿点;肩痛者患侧加滑肉门及上风湿点;腕痛者患侧加上风湿点及上风湿外点。(2)具体操作方法 ①火针 阿是穴:患者取舒适体位,充分暴露病变部位并进行常规消毒,根据患者实际情况选择不同粗细的火针,将火针放在酒精灯外焰上加热,直到烧红到白亮时精准、快速地围刺病变部位,随后散刺病变部位数针,针刺深度0.3~0.6 cm,操作结束后使用医用无菌敷贴覆盖;其余穴位:常规消毒后使用细火针轻刺0.1 cm,完成操作后使用医用无菌敷贴覆盖。治疗期间,患者病变关节无压痛及疼痛即可取消阿是穴。②腹针 采用华佗牌无菌针灸针,规格0.30 mm×40 mm,常规针刺各穴位,快速进针,得气后行提、插、捻、转、平补平泻法,针刺深度2.5~3.0 cm,留针30 min后出针,使用无菌敷贴覆盖。两种方法均1次/d,持续治疗7 d为1个疗程,共治疗2个疗程。

1.3.2 对照组 火针组给予火针治疗,腹针组给予腹针治疗,方法及疗程均同观察组。

#### 1.4 观察指标

观察3组患者临床疗效及治疗前后疼痛程度、持续时间。采集治疗前后3组患者空腹静脉血,检测其UA及ESR含量;记录3组治疗前后关节疼痛、红肿、压痛及活动受限4项主要临床疗效指标评分。

#### 1.5 疗效评定标准

1.5.1 临床疗效和主要临床症状积分 参照《2016中国痛风诊疗指南》<sup>[8]</sup>中的临床疗效判定标准。(1)痊愈:患者关节疼痛、红肿、压痛、活动受限总积分下降100%,实验室检测UA、ESR等生化指标正常;(2)显效:患者关节疼痛、红肿、压痛、活动受限总积分下降66%~99%,实验室检测UA、ESR等生化指标基本正常;(3)有效:患者关节疼痛、红肿、压痛、活动受限总积分下降33%~65%,实验室检测UA、ESR等生化指标明显改善;(4)无效:患者关节疼痛、红肿、压痛、活动受限总积分下降低于33%,实验室检

测UA、ESR等生化指标未见明显改善。有效率、显效率及痊愈率之和计总有效率。每项症状积分均为0~3分,症状总积分为0~12分,分值越高表明症状越严重。计算公式:积分减少百分比=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。

1.5.2 关节疼痛评分<sup>[9]</sup> 使用视觉模拟评分法(visual analogue scale,VAS)评估患者关节疼痛情况,用一条长约10 cm游动标尺,0~10 cm表示不同程度的疼痛,让患者在尺上将最能代表自身疼痛的位置标出来,记录相应读数作为疼痛评分,得分越高,表明疼痛程度越严重。疼痛共分为5级:0分为无疼痛;1~3分为轻度疼痛,对日常生活和工作无影响;4~6分为中度疼痛,不影响日常生活但对工作有一定影响;7~9分为严重疼痛,生活无法自理;10分为疼痛感剧烈,无法忍受。

#### 1.6 统计学分析

使用SPSS 21.0统计学软件对所有数据进行统计与分析,计量资料用“ $\bar{x} \pm s$ ”表示,采用 $t$ 检验;计数资料用百分率(%)表示,采用 $\chi^2$ 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 3组患者治疗后临床疗效比较

腹针+火针组治疗总有效率为98.9%,较火针组92.2%及腹针组91.1%高,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表1。

表1 3组急性原发性痛风性关节炎患者治疗后临床

组别	n	疗效比较				总有效率 [例(%)]
		无效	有效	显效	痊愈	
火针组	90	7	42	29	12	83(92.2)
腹针组	90	8	43	28	11	82(91.1)
腹针+火针组	90	1	28	41	20	89(98.9)* <sup>△</sup>

注:与火针组比较,\* $P < 0.05$ ;与腹针组比较, $\Delta P < 0.05$ 。

### 2.2 3组患者治疗前后关节疼痛持续时间及VAS评分比较

治疗后,3组患者关节疼痛持续时间及VAS评分较治疗前均显著降低,且腹针+火针组患者疼痛持续时间及VAS评分较火针组、腹针组均减少,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表2。

### 2.3 3组患者治疗前后UA、ESR含量比较

治疗后,3组患者UA、ESR含量治疗前均降



表2 3组急性原发性痛风性关节炎患者治疗前后疼痛

组别	例数	持续时间及VAS评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ )			
		疼痛持续时间(d)		VAS评分(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
火针组	90	10.92±2.08	8.26±1.94 <sup>#</sup>	8.62±2.14	4.58±1.12 <sup>#</sup>
腹针组	90	10.72±2.11	8.35±2.07 <sup>#</sup>	8.69±2.27	4.65±1.23 <sup>#</sup>
腹针+火针组	90	10.88±2.01	6.81±2.15 <sup>#*△</sup>	8.73±2.35	3.47±1.23 <sup>#*△</sup>

注:与治疗前比较,<sup>#</sup> $P<0.05$ ;治疗后与火针组比较,<sup>\*</sup> $P<0.05$ ;治疗后与腹针组比较,<sup>△</sup> $P<0.05$ 。

低,且腹针+火针组患者UA、ESR含量较火针组、腹针组明显降低,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表3。

#### 2.4 3组患者治疗前后主要临床症状积分比较

治疗后,3组患者主要临床症状积分较治疗前

表3 3组急性原发性痛风性关节炎患者治疗前后UA、ESR

组别	n	含量比较 ( $\bar{x}\pm s$ )			
		UA/ $\mu\text{mol}\cdot\text{L}^{-1}$		ESR/ $\text{mm}\cdot\text{h}^{-1}$	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
火针组	90	526.31±58.37	359.84±49.23 <sup>#</sup>	36.52±8.13	19.57±2.35 <sup>#</sup>
腹针组	90	525.64±56.83	371.06±52.38 <sup>#</sup>	37.14±8.22	19.76±2.43 <sup>#</sup>
腹针+火针组	90	524.79±55.46	312.25±47.81 <sup>#*△</sup>	35.95±7.68	18.03±2.14 <sup>#*△</sup>

注:与治疗前比较,<sup>#</sup> $P<0.05$ ;治疗后与火针组比较,<sup>\*</sup> $P<0.05$ ;治疗后与腹针组比较,<sup>△</sup> $P<0.05$ 。

均明显降低,且腹针+火针组关节疼痛、红肿、压痛积分及总积分降低程度均高于火针组、腹针组,差异有统计学意义( $P<0.05$ 或 $P<0.01$ );但腹针+火针组关节活动受限评分与火针组、腹针组比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。见表4。

表4 3组急性原发性痛风性关节炎患者治疗前后主要临床症状积分比较

( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	n	时间	关节疼痛	关节红肿	关节压痛	关节活动受限	总积分
火针组	90	治疗前	2.41±0.54	2.62±0.35	2.59±0.38	2.58±0.41	10.20±0.42
		治疗后	1.28±0.79 <sup>#</sup>	1.36±0.42 <sup>#</sup>	1.55±0.39 <sup>#</sup>	1.26±0.49 <sup>#</sup>	5.55±0.52 <sup>#</sup>
腹针组	90	治疗前	2.40±0.57	2.56±0.39	2.61±0.36	2.57±0.39	10.14±0.43
		治疗后	1.41±0.82 <sup>#</sup>	1.38±0.53 <sup>#</sup>	1.58±0.45 <sup>#</sup>	1.27±0.50 <sup>#</sup>	5.64±0.58 <sup>#</sup>
腹针+火针组	90	治疗前	2.39±0.59	2.61±0.38	2.62±0.37	2.61±0.37	10.23±0.43
		治疗后	1.09±0.63 <sup>#*△</sup>	1.21±0.48 <sup>#*△</sup>	1.42±0.31 <sup>#*△</sup>	1.24±0.53 <sup>#</sup>	4.96±0.49 <sup>#*△</sup>

注:与治疗前比较,<sup>#</sup> $P<0.05$ ,<sup>##</sup> $P<0.01$ ;治疗后与火针组比较,<sup>\*</sup> $P<0.05$ ;治疗后与腹针组比较,<sup>△</sup> $P<0.05$ ,<sup>△△</sup> $P<0.01$ 。

### 3 讨论

痛风在中医学里属于“湿热痹”范畴,病机为痰浊壅盛、湿热蕴结,关节经络瘀阻,进而导致气血凝滞。因此,痛风急性发作期治疗需以利湿泄浊、清热解毒、化痰通络为主,缓解后治宜健脾补肾、补虚祛邪、标本兼治<sup>[10-11]</sup>。根据中医学“火郁发之”理论,火针可开门驱邪,以热引热,通过火疗温热作用、利用速进疾出手法,将体内的毒邪经针孔引入体外,进而达到理气通滞、止痛消肿、行气活血、清热解毒的作用。刘进等<sup>[12]</sup>采用火针配合中药外敷治疗急性原发性痛风性关节炎,结果显示其止痛效果较西药组好。毛雪文等<sup>[13]</sup>研究表明,采用火针刺骨法治疗膝骨性关节炎可有效改善患者临床症状,疗效较佳。本研究中,火针组主要采用火针围刺疗法治疗急性原发性痛风性关节炎,结果显示,治疗总有效率达到92.2%,主要临床症状积分比治疗前明显降低,且疼痛程度减轻,血液检测患者血尿酸与血沉水平均降低,说明火针围刺对本病有较好的治疗效果。

腹针疗法主要是以脏腑理论、经络学说及神阙布气学说为理论基础。在脏腑经脉系统理论中,脏腑为经脉内核,外络四肢百骸,强调治病需从调理脏腑入手,通过对腹部穴位进行刺激调节脏腑功能、疏通经络来治疗各种疾病,具有舒筋通络、调理脏腑、扶正祛邪功效<sup>[14]</sup>。崔立民等<sup>[15]</sup>将腹针疗法用于膝骨性关节炎患者,可显著缓解患者疼痛症状,且对患者上楼能力改善效果明显优于下楼梯。本研究中,腹针组患者实施腹针疗法,结果发现,该疗法可以缓解患者疼痛程度,降低UA及ESR含量,促使尿酸盐排泄,基本可以达到火针围刺的治疗效果,再一次证实腹针疗法的临床疗效。

上述研究中,可以证实火针与腹针疗法均对本病有一定治疗效果,但在以往研究中,二者联合使用治疗本病的报道极为罕见。为寻求更有效的治疗方法,进一步提升治疗效果,笔者对本研究中的观察组实施了火针围刺加腹针治疗,结果显示,治疗总有效率达98.9%,治疗后,患者关节疼痛程度、主要临床症状均得到显著改善,UA、ESR含量明显降低,各

检测指标均明显优于单独使用火针与腹针治疗的火针组及腹针组( $P<0.05$ )。分析其原因,本病在急性发作时,采用火针直接刺激反射点及病灶部位,可快速改善或消除局部水肿、渗出等病理变化,改善免疫功能<sup>[16-17]</sup>;同时,使用火针治疗时多伴有局部少量出血,可促使高粘状态瘀血排出,也能顺利排出残留于血液中的尿酸钠晶体,改善血液循环,缓解局部炎症反应,进而改善患者临床症状<sup>[18]</sup>。腹针选取的中脘、气海、下脘、关元等穴位可调脾胃、补肝肾,杜绝生痰湿之源;滑肉门等穴可梳理经气、通调气血;而随患者病变部位及症状加减治疗,可使局部与整体得到同时调理。火针围刺加腹针二者联合应用可缩短疗程,达到标本兼治的目的,与龚玉林等<sup>[6]</sup>研究结论基本相吻合,再一次证实火针围刺与腹针结合在急性原发性痛风性关节炎治疗中的作用效果。

综上所述,火针围刺加腹针治疗急性原发性痛风性关节炎具有较好的临床治疗效果,能有效降低血尿酸及血沉水平,减轻患者疼痛,改善其临床症状,值得推广。

#### 参考文献:

- [1] 张志文,蔡雪,李宇丹.中药内外兼治急性痛风性关节炎并高尿酸血症临床观察[J].湖南中医药大学学报,2017,37(1):58-61.
- [2] 李广胜.针灸治疗急性痛风性关节炎的临床疗效观察[J].中国处方药,2016,14(1):106-107.
- [3] 徐颖,黄微珍,李斌.针刺配合阿是穴刺络放血治疗急性痛风性关节炎疗效观察[J].上海针灸杂志,2016,35(1):66-68.
- [4] 邹佳宏.上中下通用痛风汤对急性痛风性关节炎抗炎镇痛作用的实验研究[D].长春:长春中医药大学,2015.
- [5] 邢运,袁静,张晨峰,等.火针治疗急性痛风性关节炎临床研究进展[J].湖南中医杂志,2017,33(6):193-195.
- [6] 龚玉林,陈敏.火针围刺加腹针治疗急性痛风性关节炎的临床研究[J].湖北中医杂志,2014,36(12):62.
- [7] 冯平东,吴朝阳,陈政镜,等.火针联合中药内服治疗急性痛风性关节炎疗效观察[J].内蒙古中医药,2017,36(16):108.
- [8] 中华医学会风湿病学分会.2016中国痛风诊疗指南[J].中华内科杂志,2016,55(11):892-899.
- [9] 王宁华.疼痛定量评定的进展[J].中国组织工程研究,2002,6(18):2738-2739.
- [10] 倪洪岗,杨娟,李莉.自拟痛风消经汤剂对急性痛风性关节炎患者血清UA、ESR、IL-1 $\beta$ 、TNF- $\alpha$ 、COX-2水平的影响[J].辽宁中医杂志,2017,44(3):525-528.
- [11] 杨小纯,刘维,吴沅晔.中医药治疗急性痛风性关节炎的最新研究进展[J].中国中医急症,2017,26(6):1011-1013.
- [12] 刘进,徐伟龙,朱兴阳.火针配合中药外敷治疗急性痛风性关节炎临床观察[J].上海针灸杂志,2014,33(4):343-345.
- [12] 毛雪文,王世广,王桂玲,等.贺氏火针刺骨法治疗膝骨性关节炎80例疗效观察[J].中医临床研究,2016,8(35):20-23.
- [14] 詹杰,谭峰,詹乐昌,等.腹针疗法临床应用新进展[J].广州中医药大学学报,2016,33(4):618-620.
- [15] 崔立民,刘娜,蔡承穆,等.腹针治疗膝骨性关节炎的疗效观察[J].中国临床医生杂志,2016,44(7):78-80.
- [16] 周建英,李梦,朱林林,等.火针作用机理及临床应用概况[J].辽宁中医药大学学报,2016,18(7):86-88.
- [17] 谢炎烽,魏文著,阮永队,等.火针配合中药治疗急性痛风性关节炎疗效观察[J].上海针灸杂志,2015,34(5):444-446.
- [18] 李雯晴.火针治疗急性痛风性关节炎的疗效观察[D].广州:广州中医药大学,2016.

(本文编辑 李杰)